Ein Fall von Psoriasis pustulosa.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

vorgelegt von

Marine-Ober-Assistenzarzt **Ernst Becker**
aus Teuditz.

Tag der Promotion: 11. Oktober 1918.

Hermann Blanke's Buchdruckerei, Berlin C. 54,
Kleine Rosenthalerstr. 9.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referenten: Prof. Dr. Blumenthal.
Geh. Medizinalrat Prof. Dr. His.

Meinen lieben Eltern in Dankbarkeit
gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546509_0021

Das klinische Bild der Psoriasis vulgaris bietet dem Beobachter so viele charakteristische Merkmale, dass ihr Bild sich leicht einprägt und ihre Diagnose nicht schwer erscheint.

Und doch vermag uns die Natur im Erkrankungsfalle die verschiedensten Bilder zusammenzustellen.

Atypische Lokalisation, Atypie in bezug auf Anordnung der Effloreszenzen und atypische Psoriasis unter dem Bilde einer anderen Dermatose verwischen indes das Bild differential diagnostisch bisweilen so, dass ihre Diagnose recht schwer ist.

Ein in der Hautklinik der Kgl. Charité beobachteter Fall, den man unter die Gruppe von Psoriasis rechnen muss, welche unter dem Bild einer anderen Krankheit verläuft bezw. Anklänge an eine solche hat, gibt mir Veranlassung, auf jene pustulösen Fälle von Psoriasis hinzuweisen, wie sie v. Zumbusch vor Jahren bereits bei zwei Geschwistern beschrieben und Jadassohn eingehend gewürdigt haben.

Zunächst sei die Krankengeschichte unseres Falles ausführlich wiedergegeben.

Es handelt sich um eine 62 jährige Patientin M. G., die am 14. 2. 1918 in der Hautklinik der Kgl. Charité aufgenommen wurde.

Anamnese.

Es ist der Patientin nicht bekannt, dass irgend jemand in der Ascendenz und Descendenz an Psoriasis

leidet. An Erkrankungen in der Kindheit erinnert sie sich nicht. Seit ihrem 21. Lebensjahr ist sie mit einem gesunden Mann verheiratet. Im ganzen hatte sie sieben Schwangerschaften. 4 Geburten, alle Kinder leben, sind gesund. 3 Aborte.

Die jetzige Hauterkrankung begann vor ca. 28 Jahren. Zuerst bemerkte die Patientin an den Beinen kleine, schuppende, rote Flecken, die nie behandelt wurden. Manchmal sollen die Flecken ca. 1 Jahr weggewesen sein. Dann traten die Erscheinungen auf der Haut wieder auf. Die Herde beschränkten sich hauptsächlich auf die Unterschenkel. Erst seit 1 Jahr nehmen sie grössere Ausdehnung an. Ueber die zurzeit bestehenden Pusteln kann die Patientin keine Angaben machen.

Status.

Kleine, gut genährte, ihrem Alter entsprechend aussehende Frau. Das Allgemeinbefinden ist gut. Puls normal. Fieber besteht nicht. Die Pupillen sind mittelweit, kreisrund und reagieren auf Lichteinfall und bei Konvergens. Die Untersuchung des Nervensystems ergibt keinen pathologischen Befund. Speziell sind der Patellar-Achillessehnen-Bauch- und Cornealreflex gut auslösbar und nicht gesteigert.

Die Kopfhaut zeigt keine pathologischen Veränderungen. Das Gesicht ist frei. Die Mundschleimhaut ist abgesehen von kleinen durch die Zahnplatten bedingten Trübungen normal.

Nirgends Drüsenschwellungen. Die Milz ist nicht palpabel. Die Leber nicht vergrössert. Abgesehen von der Hauterkrankung finden sich an Bauch und Rücken

stecknadelkopfgrosse Hämangiome. Die Haut am Halse ist frei von Veränderungen.

An Brust und Bauch ca. 14 linsen- bis pfennigstückgrosse Herde von meist rundlicher Form, mit Schuppen bedeckt. Ihre Farbe ist rötlich, wo Schuppen sind, mehr gelblich bezw. heller, wo die Schuppen im Aufblättern sind. Derartige typische Psoriasisherde finden sich auch in grösserer Anzahl am Rücken.

An den Streckseiten der oberen Extremitäten zahlreiche Herde, die auch in typischer Weise an der Beugeseite sind. An den Streckseiten symmetrisch angeordnet. Lateral vom Gelenk Herde, die im Zentrum schon abgeheilt, aber noch rot und leicht schuppend sind, während die Peripherie von einem ca. 1 cm breiten, roten Saum gebildet wird, der von zahlreichen bis stecknadelkopfgrossen Pusteln besetzt ist. Die Rötung des Saumes ist nicht scharf abgesetzt, sondern klingt allmählich unter etwas hellerer Färbung ab. In der Nähe dieser grossen Herde noch kleinere, die deutliche Pustelbildung erkennen lassen.

Weitaus stärker sind die unteren Extremitäten befallen, besonders die linke. Beiderseits sind die Beugeseiten stärker befallen als die Streckseiten. Neben dicht stehenden Herden von Linsen- bis Markstückgrösse, die nur die typischen Merkmale der Psoriasis erkennen lassen — nach Entfernung der Schuppen punktförmige Blutungen — sieht man recht zahlreiche grössere und kleinere Stellen, die vereinzelte Pusteln sowohl in ihrem Zentrum, als auch in ihrer Peripherie erkennen lassen. Daneben befinden sich wieder an symmetrischen Stellen, und zwar an den lateralen Seiten der Oberschenkel, etwas unterhalb des Hüftgelenks,

grosse Herde, die den an den Oberarmen beschriebenen Hof- und Pustelsaum aufweisen. Der Hauptherd am linken Oberschenkel hat einen Durchmesser von 11 cm, der entsprechende Herd am rechten Oberschenkel einen Längsdurchmesser von 11 cm, einen Querdurchmesser von 5 cm. Es schliessen sich ihm mehrere, ca. 3 markstückgrosse Herde an. Diese zeigen augenblicklich die schönste Ausbildung der Pusteln, die zum Teil konfluieren. Daneben mehrere über stecknadelkopfgrosse Pusteln, bei denen sich schwer entscheiden lässt, ob sie auch durch Konfluens entstanden sind, oder eine singulär angelegte Effloreszenz sind.

Beide Unterschenkel sind mit linsen- bis 5 markstückgrossen Herden besetzt, viele von ihnen weisen Pusteln auf. Die kleinen in der Weise, dass die Pusteln in ihnen ganz unregelmässig auftreten. Einzelne der Herde haben einen der Impetigo herpetiformis ähnlichen Saum.

Andere Herde, auch Herde von über 1 Markstückgrösse sind noch von einer gelblichen, etwas durchsichtigen Schuppe bedeckt und unter derselben findet man zahlreiche stecknadelspitz- bis stecknadelkopfgrosse Pusteln, die mehr im Zentrum als in der Peripherie angeordnet sind.

Die Nägel weisen keine derartigen Veränderungen auf, wie man sie bei der Psoriasis nicht selten sieht, nur der Nagel des 4. Fingers der rechten Hand ist verdickt und verkrüppelt. Angeblich hat vor Weihnachten daselbst eine Entzündung bestanden. Der Urin ist eiweissfrei.

Therapie.

Acid. carbolic. 6,0,

Balsam. peruvian.,
Hydrary. praecip. alb. 12,0,
Lanolin 30,0,
Vaselin. flav. 240,0,
(Sagosasalbe.) Ungt. Hydrarg. alb. Arsen.

Verlauf:

19. 2. 1918. Am linken Arm sind die Stellen, die mit weisser Präzipitatsalbe behandelt wurden, jetzt ohne Schuppen. Es ist nur an diesen Stellen eine Rötung zurückgeblieben, deren Saum mit stecknadelkopfgrossen Pusteln besetzt ist. Ausserdem sind leichte Hämorrhagien vorhanden.

21. 2. 1918. Bei den kleinen und grossen Herden treten am Arm bei Salbenbehandlung Pusteln auf, die aber auch auf der gesunden Haut gebildet werden.

22. 2. 1918. Es sind nur noch sehr wenig neue Pusteln aufgetreten. Im übrigen bessert sich die Psoriasis. Weitere Behandlung mit Sagosasalbe.

25. 2. 1918. Die Schuppen sind im wesentlichen durch die Salbenbehandlung entfernt worden. Die Pustelbildung ist nur noch so gering, dass man sie nur noch bei besonders aufmerksamer Beobachtung sieht.

Entlassungsbefund:

3. 3. 18. Das Allgemeinbsfinden ist sehr gut. Es bestehen, wie überhaupt während der ganzen Behandlungsdauer, keine Temperaturerhöhungen und keinerlei subjektive Beschwerden. Man sieht an der leichten Rötung der Haut, welche Stellen erkrankt waren. Teilweise sieht man auf der Rötung noch ganz vereinzelte stecknadelkopfgrosse Pusteln. Die Patientin verlässt das Krankenhaus, um poliklinisch weiter behandelt zu

werden. Die Patientin stellt sich auf Wunsch später nochmal in der Klinik ein; die Nachuntersuchung ergab, dass die Hautaffektion völlig abgeklungen ist, mithin eine völlige Heilung zurzeit erzielt ist.

Zusammenfassend liesse sich über das vorliegende Krankheitsbild etwa folgendes sagen: Eine 62 jährige Frau leidet seit etwa 28 Jahren an typischer Psoriasis, die nie behandelt wurde. Intermittierendes Auftreten und Verschwinden derselben. Seit 1 Jahre nimmt die Erkrankung grössere Ausdehnung an. Plötzlicher Ausbruch von zahlreichen kleinsten oberflächlichen Pusteln mit dickem gelben Eiter, ohne greifbare Ursache. Rasche Vermehrung der Pusteln. Nach wenigen Tagen Eintrocknen derselben und periphere Aussprengung neuer Pusteln mit roten Höfen und dadurch Bildung grösserer Plagues. Keine Drüsen- oder Milzschwellung, Absolut keine Störung des Allgemeinbefindens. Keine Temperatursteigerungen. Keine Schmerzen oder Spannung in der Haut. Ausgang in Heilung nach Applikation von Sagosasalbe, innerlich Arsen.

Das klinische Bild dieser Hauterkrankung entspricht abgesehen von dem leichten Verlauf voll und ganz den pustulösen Fällen von Psoriasis mit hohen Temperatursteigerungen, wie v. Zumbusch sie in seiner Publikation im Archiv für „Dermatologie und Syphilis", S. 335, Bd. 99, 1910, an zwei Geschwistern beobachtet hat.

Folgende Schlussbetrachtung finden wir dort bei ihm:

„Zwei Geschwister leiden seit ihren früheren Jahren wiederholt an Psoriasis, die in der gewöhnlichen Weise intermittierend auftritt und öfter behandelt wurde. Die

Diagnose erscheint dadurch, dass beide schon in der Klinik in Behandlung waren, sichergestellt.

Nun aber kommt es, bei dem Bruder schon öfter, bei der Schwester nur ein einziges Mal zum Ausbruch eines ganz eigenartigen Exanthems. Manchmal wird hierfür eine bestimmte Ursache angegeben, manchmal tritt dasselbe ohne Grund auf.

Das Krankheitsbild war ein höchst merkwürdiges. Es hat gar keine Aehnlichkeit mit der gewöhnlichen Form der Psoriasis, auch nicht mit den bekannten Komplikationen derselben.

Die Sache gestaltet sich folgendermassen. Plötzlich tritt hohes Fieber auf, es steigt bis über 40°, der Kranke ist hinfällig und benommen, dabei ist der interne Befund negativ. Während bis dahin gewöhnlich ein ganz typischer Psoriasisausschlag bestanden hatte, rötet sich auf einmal die Haut auf eine weite Strecke hin. Bald beginnt die Veränderung im Gesicht, bald an anderen Stellen, oft an mehreren zugleich. Die Haut wird scharlachrot, sieht gespannt und glänzend aus, ist geschwollen, dabei trocken, auf Druck schmerzhaft. Nach kurzer Zeit, oft schon nach Stunden, treten allerkleinste Pustelchen mit gelbem dicken Eiter auf, die sehr oberflächlich liegen. Sie vermehren sich rapid, so dass grosse Bezirke dicht von ihnen besetzt sind. Ab und zu konfluieren einige und bilden bis pfenniggrosse Pusteln. Ihr Inhalt ist steril. Bald nach 1 oder 2 Wochen sind die ersten Pusteln eingetrocknet, die Haut beginnt sich mit lamellösen, feuchten Krusten zu bedecken, so dass man die Pustelchen nicht mehr so deutlich sieht, die Farbe wird dunkelrot. Oder es hebt sich die Epidermis ab und es tritt Nässen auf.

Dabei haben sich an den Rändern wieder neue Pusteln gebildet, rapid überzieht den Körper die Röte, der Patient liegt dabei benommen, mit belegter Zunge im Bett, von heftigen Schmerzen gequält. Manchmal dauert dieser Zustand nur einige Tage, manchmal auch längere Zeit, indem dieselben Plätze auch mehrmals neuerlich Pusteln produzieren können. Oder zwischen den wiederholten Ausbrüchen liegen Remissionen von der Dauer einiger Tage bis einiger Wochen.

Die Therapie hat keinen sichtbaren Einfluss. Weder können antiphlogistische, blande Mittel die Dauer abkürzen, noch verschlimmert sich die Sache, wenn schärfere Mittel, wie Pyrogallissalbe, appliziert werden.

Eines Tages fällt das Fieber ab, das subjektive Befinden wird wieder gut, die Rötung verliert sich, allgemeine Schuppung tritt ein. Nach einigen Tagen ist alles trocken, braunrot infiltriert, mit weissen, lamellösen, trockenen Schuppen bedeckt, mit einem Wort, der Patient bietet das Bild einer typischen Psoriasis. Diese wird mit den herkömmlichen Mitteln behandelt und heilt ab, bis nach kürzerer oder längerer Zeit eine neue Attacke erfolgt, welche entweder gleich mit Pusteln und Fieber, meist aber wie eine Psoriasis punctata einsetzt.“

Jadassohn fasst in der „Medizinischen Klinik“, Nr. 39, 1915, das Krankheitsbild auf Grund von 6 Fällen in folgender Weise zusammen: Mit oder ohne schon bestehender Psoriasis, Beginn mit hohem Fieber, Rötung, Spannung, Schmerzhaftigkeit der Haut über grössere oder kleinere Strecken, sehr plötzlicher Ausbruch von zahlreichen kleinsten oberflächlichen Pusteln auf vorher unveränderter oder artifiziell gereizter oder auch nor-

maler Haut. Eintrocknen der Pusteln zu einer dünneren Kruste und periphere Aussprengung neuer Pusteln mit roten Höfen und dadurch Bildung grösserer Plagues, daneben Erytheme, disseminierte Pusteln, unbedeutende Drüsenschwellungen, schwere Störung des Allgemeinbefindens mit Benommenheit, Delirien, Schmerzen in der Haut, re- und intermittierendes Fieber, in 2 Fällen Exitus — einmal durch Lungenembolie, einmal durch Herzdegeneration —, in anderen Heilung, respektive Uebergang in gewöhnliche Psoriasis, ev. mit und ohne Gelegenheitsursache (irritierende Behandlung) Recidive.

Jadassohn selbst beobachtete 2 hierher gehörige Fälle: Bei einem älteren Mann mit chronischer Nephritis, bei dem Monate hindurch, unter zum Teil hohem Fieber, immer wieder Pusteln in grosser Zahl aufschossen, bald in Gruppen, bald disseminiert und bei welchen der Exitus durch die schwere Hauterkrankung jedenfalls beschleunigt wurde.

Ferner bei einer älteren Frau, die zugleich an chronischer Arthritis litt und bei welcher in mehreren Attacken unter langdauernden Temperatursteigerungen bald mehr vesikulöse, bald typisch pustulöse Efforeszenzen neben gewöhnlicher Psoriasis bestanden.

Vergleichen wir nun die von v. Zumbusch und von Jadassohn beobachteten Fälle mit dem unsrigen, so liegt zweifellos die gleiche Hauterkrankung vor. Art, Auftreten und Verschwinden der Erscheinungen bei einer bestehenden oder schon bestanden habenden Psoriasis bieten uns das gleiche Bild. Was jedoch die Wirkungen des plötzlichen Auftretens in akuter pustulöser Form einer an sich ausgesprochenen chronisch verlaufenden entzündlichen Krankheit auf den Gesamt-

organismus anbetrifft, so finden wir doch zwischen den Fällen von v. Zumbusch und Jadassohn und dem unsrigen einen grundlegenden Unterschied. Und letzterer ist es, welcher mich veranlasste, den in der Charité beobachteten Fall von Psoriasis pustulosa zu veröffentlichen. Wir hören in der oben wiedergegebenen Krankheitsgeschichte unseres Falles nichts von den schweren Störungen des Allgemeinbefindens, die bei v. Zumbusch und Jadassohn das Krankheitsbild beherrschen.

Bei gutem Allgemeinbefinden sucht unsere Patientin die Poliklinik auf, und wird hier lediglich aus wissenschaftlichen Gründen veranlasst, sich in der Klinik auf Freibett aufnehmen zu lassen; weder vor noch während der Behandlung haben Fieber, Delirien oder Benommenheit bestanden. Ueber besondere Schmerzhaftigkeit oder Spannung in der Haut hat sie nie geklagt. Kurz, unser Fall verlief im Gegensatz zu den von v. Zumbusch und Jadassohn veröffentlichten Fällen ohne die geringsten Störungen des Allgemeinbefindens.

Es kommen eben neben den Fällen von v. Zumbusch und Jadassohn, die das Krankheitsbild der Psoriasis pustulosa für eine schwere, ernste Erkrankung mit schweren Störungen des Allgemeinbefindens schildern, auch leichte Fälle ohne irgendwelche Störungen des Allgemeinbefindens zur Beobachtung. Das soll uns veranlassen, zwischen leichten und schweren Fällen zu unterscheiden und nicht von vornherein das Auftreten der Pustulosie bei Psoriasis für eine ernste, mitunter das Leben bedrohende Komplikation halten. Sicherlich wären solche leicht verlaufenden Fälle, wie es der unsrige war, schon mehrfach beobachtet worden, wenn die bisher so selten beschriebene Krankheit im

Erkrankungsfalle stets diagnostiziert wäre. Eben wegen des leichten Verlaufes wird man dem Auftreten der Pusteln sowohl von seiten des Arztes als auch von seiten des Patienten keine besondere Beachtung geschenkt haben.

Es sei mir deshalb wegen der Wichtigkeit der Erkrankung noch gestattet, aus den bisher beobachteten und veröffentlichten Fällen zusammenzustellen, welche Momente für die Diagnose und Differentialdiagnose entscheidend sind.

Diagnose.

Die Diagnose der Psoriasis pustulosa ist nach dem ganzen Befund, nach Aussehen und Verlauf der Erkrankung verhältnismässig leicht, wenn man das Bestehen einer schon bestehenden oder bestanden habenden Psoriasis, das Zusammenfallen der Eruptionen mit Psoriasis-Schüben, das Ausklingen unter der Form der Psoriasis, den chronisch recividierenden Verlauf, das familiäre Auftreten, endlich die günstige Beeinflussung durch typische Psoriasismittel berücksichtigt. Sehr charakteristisch ist der Ausbruch von primären eitrigen Pustelchen auf vorher veränderter oder artifiziell gereizter oder auch normaler Haut, und nicht wie bei den bisweilen flächenhaft ausgebreiteten Dermatitiden die serösen Bläschen. Die Eruption erfolgt in grosser Fläche fast gleichzeitig und nicht in circinärer Anordnung, diese ist bisweilen nur angedeutet. Die Pusteln trocknen zu einer dünneren oder dickeren Kruste ein und es werden neue Pusteln mit roten Höfen und dadurch Bildung grosser Plagues gebildet, daneben Erytheme und stellenweise disseminierte Pusteln. Der

Inhalt der Pusteln ist für die gewöhnlichen Nährböden steril. Keine oder nur unbedeutende Drüsenschwellungen, in den leichten Fällen keine Störung des Allgemeinbefindens, in den schweren Fällen schwere Störung desselben mit Benommenheit, Delirien, Schmerzen in der Haut, re- und intermittierendes Fieber. Bisweilen Ausgang in gewöhnliche Psoriasis, oder ev. mit oder ohne Gelegenheitsursache (irritierende Behandlung) Recidive, bisweilen Ausgang in Heilung, in sehr schweren Fällen Exitus.

Differentialdiagnose.

Differentialdiagnostisch kommt nach v. Zumbusch hauptsächlich Impetigo herpetiformis und Sepsis in Betracht. Jadassohn bringt noch eine Beziehung der pustulösen Psoriasis zur Akrodermatitis hinzu. Impetigo herpetiformis und Akrodermatitis sind klinisch derartig seltene Fälle, dass es wohl angebracht scheint, hier einen kurzen Ueberblick über das Krankheitsbild zu geben. Die Impetigo herpetiformis ist eine ungemein seltene Erkrankung, bei welcher die Hauterscheinungen das einzig sinnfällige Symptom darstellen, trotzdem es keinem Zweifel unterliegen kann, dass es sich um eine schwere Allgemeinerkrankung handelt toxischer oder infektiöser Natur, die in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit der Schwangerschaft zusammenhängt und letal endigt.

Das Leiden beginnt mit dem Aufschiessen von mohnkorn- bis hirsekorngrossen, anfangs zu kleinen Gruppen angeordneten Pustelchen auf einer Haut, die vorher keine Veränderungen gezeigt hat, nur schwache Rötung und Schwellung. Erst wenn die Pusteln da

sind, ist ihre nächste Umgebung stärker entzündet und geschwollen. Auch darin unterscheidet sich das Auftreten der Pusteln von anderen Hauteiterungen, dass die Pusteln nicht als Bläschen und wasserhelle Bläschen beginnen, sondern sofort als eitergefüllte Hohlräume der Epidermis auftreten, welche die Hornschicht der Epidermis kaum vorwölben und binnen wenigen Tagen zu dünnen Krusten vertrocknen. Gleichzeitig mit dem Vertrocknen entstehen in der Umgebung der Kruste mehrfache Reihen neuer Pustelchen, dicht gedrängt um das vertrocknete Gebiet eine 1—2 cm oder noch breitere Zone bildend. Durch Confluenz mehrerer solcher Herde entstehen dann guirlandenförmige und landkartenförmigbegrenzte, von zoniformen Pustelreihen umgeben, von Krusten gedeckte, bräunliche Hautflächen, besonders in der Genitalgegend, dem Abdomen, unter den Brüsten und in den Achselhöhlen, welche durch Konfluenz mit neuen Gruppen und älteren Krankheitsherden ziemlich grosse Teile der Körperoberfläche bedecken können und ihrem Ursprunge entsprechend eine unregelmässige, aus Bogenlinien sich zusammensetzende Begrenzung zeigen. Die Haut zwischen den erkrankten Partien stellt oft nur schmale, konvex begrenzte Hautzwickelchen dar. Unter den Krusten kann bereits eine neue Hornschicht sich gebildet haben, so dass nach Abfallen der grünlich-braunen dünnen Krustenschichte zarte schilfrige, trockene Epidermis zutage liegt. Solange dies nicht geschehen ist, findet man unter der Kruste nässende, gerötete, noch vom Rete Malpighi überzogene rote Hautflächen. Auf der Schleimhaut des Mundes entstehen, ähnlich wie bei einem toxischen Erythem, nicht charakteristische

schmerzhafte, aphtenähnliche Erosionen von verschiedener Ausdehnung.

Zu diesen anatomischen Veränderungen kommen allgemeine Störungen, namentlich Fieber hinzu.

Die Beziehung zur Schwangerschaft ist eine so regelmässige, dass ihr wohl ein ätiologisches Moment zugesprochen werden muss.

Beim Impetigo Nerpetiformis sind es besonders die schweren Allgemeinsymptome, die Rötung und die primären dicht sitzenden winzigen Pusteln, die an Psoriasis pustulosa erinnern. Die Aehnlichkeit ist nach v. Zumbusch in den genannten Stücken so gross, dass demjenigen, der die seltene Impetigo herpetiformis einmal gesehen hat, durch diesen Vergleich am ehesten ein Bild von dem Aussehen der Haut bei Psoriasis pustulosa gegeben werden kann.

Jedoch bemerkt v. Zumbusch, dass zweifellose Fälle von Impetigo herpetiformis gravide Frauen oder Wöchnerinnen betreffen, ferner ist das Leiden nicht mit psoriasisartigen Erscheinungen vergesellschaftet, und ferner gibt es häufig noch den Unterschied, dass Impetigo herpetitormis meist von den Genitalorganen beginnend sich hier am heftigsten ausbreitet.

Impetigo herpetiformis entsteht aus solitären Pustelchen, deren Umgebung leicht rot ist. Dann erst wird dieses Pustelchen von neuem umkränzt, dieses wieder und so fort, bis markstückgrosse Bezirke entstehen, die mit einander konfluierend zentral abtrocknen.

Dann führt v. Zumbusch noch an, dass man an die Möglichkeit eines septischen Erythems denken könnte, da der wechselvolle schwere, unregelmässig fieberhafte Verlauf an Sepsis erinnert. Doch wäre

erstens eine ohne Grund und rezidivierende Sepsis an sich eine ziemlich gezwungene Annahme, noch merkwürdiger müsste der regelmässige Ausgang des Exanthems in Psoriasis anmuten. Dann aber müssten auch Anhaltspunkte für Sepsis aus dem Allgemeinbefinden gewonnen werden.

Schliesslich wäre noch die Akrodermatitis zu erwähnen. Die Akrodermatitis entwickelt sich in jedem Alter und beginnt ähnlich wie ein Panaritium; aber unaufhörlich bilden sich neue eitrige Blasen, die den ganzen Finger und weiterhin die übrigen Finger und die Hand an einzelnen Stellen oder in zusammenhängenden Herden befallen. Die übrigen Extremitäten bleiben nicht verschont, es treten ausstrahlende Schmerzen und Jucken auf.

Ohne abzuheilen oder sich über den Körper zu verbreiten währt die Erkrankung mit zeitweiligen Exazerbetionen jahrelang. Die Nägel fallen schliesslich ab, die Haut wird atrophisch und bleibt rot. Gelegentlich kommt es aber auch zu einer Generalisierung, ganz ähnlich wie bei der Impeligo herpetiformis, und selbst unter Schüttelfrösten zum Tod.

Jadassohn beobachtete einen Fall von Akrodermatitis, der, abgesehen von dem Fehlen der typischen Psoriasisherde, ganz der Psoriasis pustulosa glich, bei einer etwa 35jährigen Frau eines Arztes. Die Erkrankung hatte mit Entzündung und Eiterung an den Nägeln und mit einer vollständigen Zerstörung dieser begonnen und hatte schliesslich unter immer wiederholten Fieberattacken zu disseminierten Pustel- und Krustenherden geführt. Psorialische Herde waren nie vorhanden. Der innere Befund war ganz negativ. Der

Inhalt der Pusteln steril, also auch in diesem Punkte die Aehnlichkeit mit der pustulösen Psoriasis.

Histologie.

Histologisch finden sich verhältnismässig geringe Veränderungen. Die Pustel springt deutlich gegenüber der Umgebung vor, die Hornhaut ist in einer dünnen Schicht, wie etwa bei einer ganz oberflächlichen Blase, abgehoben. An einigen Stellen, entsprechend der Erhebung sind die Epithalzapfen leicht verlängert. Innerhalb derselben sieht man ganz vereinzelte Leukocyten. Intrapapillär und auch subpapillär findet sich ein kleinzelliges Infiltrat, das vorzugsweise aus mononukleären Leukocyten besteht. Die tieferen Schichten des Koriums zeigen keine pathologischen Veränderungen.

Aetiologie.

Aetiologisch wird bei den beobachteten Fällen bisweilen eine bestimmte Ursache angegeben, deren Stichhaltigkeit freilich noch nicht einwandfrei bewiesen ist. Bisweilen tritt das Exanthem, wie es wenigstens scheint, ganz ohne irgendwelchen Grund auf.

Bei dem von v. Zumbusch beschriebenen Fall, dem Bruder von den beiden Geschwistern, finden wir verschiedene Angaben. Die ersten Male trat die Pusteleruption an der Klinik auf und wurde als Irritation durch ein appliziertes Mittel aufgefasst. Einmal gab der Patient an, es sei Psoriasis aufgetreten und er habe sich mit einer Pyrogallussalbe eingeschmiert, die er schon lange zu Hause gehabt hätte, ein anderes Mal wieder führte er die Verschlimmerung darauf zurück, dass er sich daheim mit Pasta-Lassari eingerieben hätte. Mehrmals kam die Eruption ohne erfindlichen Anlass

zum Vorschein, ebenso wie sie öfter an der Klinik auftrat und man nicht sagen konnte, was die Schuld trage.

Beim zweiten Fall, der Schwester, wo die Erkrankung nur einmal in der schweren Form auftrat und der Tod bald darauf durch Pulmonalembolie herbeigeführt wurde, wird keine Ursache angegeben.

Bei unserem in der Charité beobachteten Fall soll eine Bisswunde das auslösende Moment gewesen sein.

Offensichtlich kann meistens keine stichhaltige Ursache für den Ausbruch des Exanthems gefunden werden und man kann wohl mit Recht behaupten, dass die Erkrankung aus unbekannter Ursache entsteht und nicht weder durch die bei von v. Zumbusch angegebenen Applikationen noch durch den in unserem Fall angeschuldigten Biss bedingt ist.

Die Frage, wie überhaupt das Auftreten in akuter pustulöser und bisweilen fieberhafter Form bei einer an sich ausgesprochen chronisch entzündlichen Krankheit, wie es die Psoriasis ist, zu verstehen ist, beantwortet Jadassohn, indem er auffordert, nach Analogien zu suchen.

Als solche wird von Volk der Lupus erythematodes angeführt, dessen seltene akute Varietät bekanntlich auch unter dem Bilde einer schweren Infektionskrankheit mit oft letalem Verlauf und mit — im Gegensatz zu dem gewöhnlichen Bilde — akuten Hautsymptomen auftritt. Jadassohn selbst weist darauf hin, dass dem Bilde des akuten Lupus erythematodes die akuten hochfieberhaften erysipelartigen Schübe bei der tuberkulösen Lepra, einer ebenfalls sonst eminent chronischen Krankheit, entsprechen. Ferner dass andere Analogien speziell für die Haut sich in der malignen pustulösen und ulce-

rösen Lues und bei gewissen seltenen Formen der sog. Tuberkulide finden.

Daraus schliesst Jadassohn, dass wir bei allen diesen Formen annehmen müssen, dass es sich um eine bald von Haus aus bestehende individuelle Ueberempfindlichkeit, bald um aussergewöhnlich erworbene allergische Reaktionsweise handelt.

Die akuten Eruptionen sollen sehr wohl auch intermittierend auftreten können, indem sich gerade durch die starke Reaktion eine Art von Immunität oder Gewöhnung oder „Erschöpfung der Reaktionskörper" einstellt. Andererseits sollen Aenderungen im Allgemeinzustand sehr wohl auch solche Differenzen in der Reaktion bedingen können.

Die Tatsache, dass bei der Psoriasis einigemale eine irritierende Behandlung zu einer akuten Eruption im Sinne der Pustulosie Anlass gegeben hat, könnte nach Jadassohn ev. mit einer besonders starken Vegetation und Aussäung der supponierten Erreger erklärt werden.

Nach Volk sollen zu prädisponierenden Momenten, die den Charakter der Psoriasis ändern können, gehören: Auftreten in den Beugen, der invertierte Typus, ausserdem Anämien, Störungen des Nervensystems und der Genitalorgane, Kachexien, Alkoholismus, Autointoxikationen, vor allem aber tuberkulöse und lymphalische Konstitution.

Prognose.

Was die Prognose anbelangt, so handelt es sich nach den von v. Zumbusch und Jadassohn beschriebenen Fällen um ein höchst ernsthaftes Krankheitsbild mit

hohem Fieber und schwerer Störung des Allgemeinbefindens, in 2 Fällen Exitus, in den anderen Ausgang in Heilung, respektive Uebergang in gewöhnliche Psoriasis und ev. mit und ohne Gelegenheitsursache in Recidive.

Dass es jedoch auch Fälle mit leichten Erscheinungen und prognostisch recht günstigem Heilverlauf gibt, sehen wir an unserem Fall in der Charité.

Prognostisch müssen wir deshalb ebenfalls zwischen leichten und schweren Fällen unterscheiden. Für erstere ist die Prognose durchaus günstig zu stellen. Freilich müssen wir uns stets vergegenwärtigen, dass wir keinen völligen Ueberblick über den Gesamtverlauf unseres Falles haben, sondern dass wir nur einmal ein mit Pusteln auftretendes Recidiv gesehen haben. Es ist immerhin möglich, dass später ein Recidiv mit so schweren Erscheinungen auftreten kann, wie wir sie bei v. Zumbusch und Jadassohn beschrieben sehen. Bei den schweren Fällen müssen wir uns stets vor Augen halten, dass ein schweres Krankheitsbild mit schweren Störungen des Allgemeinbefindens vorliegt und, wie die beiden Todesfälle beweisen, zum Tode führen kann.

Therapie.

Unter ganz indifferenter Therapie bleibt nach v. Zumbusch der Zustand unverändert. Nach Applikation von Unguentum Diachyli, Teeröl und Pyrogallussalbe sah er zunehmende Besserung sowohl des objektiven Befundes wie auch des subjektiven Befindens eintreten. Dauerheilungen freilich wurden damit nicht erzielt.

Unser Fall in der Charité wurde mit Ungt. hydrarg. alb. Lagosasalbe und Schwefelsalbe behandelt. Innerlich wurde Arsen gegeben. Danach Abklingen unter Schuppung und Heilung.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Frau Dr. Kaufmann für die Anregung und Herrn Dr. Blumenthal für die Durchsicht der Arbeit meinen gehorsamsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Jadassohn: Medizinische Klinik, Nr. 39, 1915.
Volk: Wiener Klinische Wochenschrift 1911, Nr. 34.
v. Zumbusch: Archiv für Dermatologie und Syphilis 1910, Band 99.
Lesser: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.
F. Mracek: Handbuch der Hautkrankheiten.
Darier: Grundriss der Dermatologie.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Ernst Christoph Becker, evangelisch-lutherischer Konfession, Sohn des Pastors Ernst Becker, wurde am 19. Mai 1888 in Teuditz, Kreis Merseburg, Provinz Sachsen, geboren. Er erhielt seine wissenschaftliche Vorbildung auf der Volksschule zu Teuditz und auf dem Königlichen Domgymnasium zu Merseburg, das er Ostern 1909 mit dem Zeugnis der Reife verliess.

Vom 1. April bis 30. September 1909 genügte er seiner Dienstpflicht mit der Waffe bei der 12. Kompagnie des Kaiser Alexander-Garde-Grenadier-Regiments Nr. 1 und war während dieser Zeit bei der medizinischen Fakultät der Kgl. Friedrich Wilhelms-Universität zu Berlin immatrikuliert. Gleichzeitig war er in der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen aufgenommen, der er bis zum 28. Februar 1914 angehörte. Seine ärztliche Vorprüfung bestand er August 1911.

Am 1. März 1914 wurde er zum Marine-Unterarzt ernannt und zur Dienstleistung zum Kgl. Charité-Krankenhaus in Berlin kommandiert. Während dieser Zeit war er auf den Kliniken der Herren Geheimrat Professor Dr. Hildebrand, Geheimrat Professor Dr. Lesser und Geheimrat Professor Dr. Czerny tätig. Infolge der am 1. August 1914 erfolgten Mobilmachung wurde er zur Kaiser Wilhelms-Akademie zurückkommandiert und bestand am 3. August die durch Bundesratsbeschluss vom 1. 8. 1914 genehmigte Notprüfung. Zugleich wurde ihm unter Erlass der fehlenden zweiten Hälfte des praktischen Jahres die Approbation erteilt. Am 5. August 1914 erhielt er die Stellung eines Hilfsarztes auf dem kleinen Kreuzer „S.M.S. Danzig". Am 31. August 1914 erfolgte seine Ernennung zum Marine-Assistenz-

arzt durch A.K.O. Vom 1. Juni bis 31. August 1915 versah er den Dienst als Revierarzt bei der II. Matrosen-Divison zu Wilhelmshaven. Vom 1. September 1915 bis 4. Januar 1916 als Hilfsarzt auf den kleinen Kreuzer „S.M.S. Wiesbaden“ kommandiert. Vom Januar 1916 bis Februar 1918 Arzt bei der Seeflugstation Warna in Bulgarien und nebendienstlich Arzt bei der Kgl. bulgarischen Flotte und den in Warna stationierten türkischen Truppenteilen. Im Dezember 1916 erfolgte seine Ernennung zum Marine-Oberassistenzarzt durch A.K.O. Zurzeit versieht er die Stelle eines Hilfsarztes auf der Inneren Station des Festungslazaretts Kaiserstrasse Wilhelmshaven.

An Kriegsauszeichnungen wurden ihm verliehen das Eiserne Kreuz II. Klasse, das bulgarische Militär-Verdienstkreuz am Kriegsbande, der türkische Eiserne Halbmond und die silberne Liakatmedaille.

Während seiner Studienzeit besuchte der Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten: Axhausen, Bier, Brieger, Bonnhöfer, Bumm, Ceelen, Czerny, Engler, Ewald, Fischer, Flügge, Franz, Freund, Frey, Fromme, Gabriel, Goldscheider, Hertwig, Hildebrand, Hiss, Kilian, Kraus, Krückmann, Lesser, Orth, Passow, Rubner, Rubens, Schultze, Schwendener, Sonnenburg, Strassmann, Stumpf, Tomaszewski, R. Virchow, Waldeyer.